

лечения герпес-ассоциированного рецидивирующего вульвовагинального кандидоза составила 92%.

Выводы.

1. При рецидивирующем кандидозном кольпите/цервиците (рецидивы 4 и более раз, не поддающиеся адекватной противогрибковой терапии) необходимо обследование на герпес. При наличии лабораторно подтвержденной герпетической природы заболевания в случае рецидивирующего кандидозного кольпита/цервицита следует думать об атипичном течении герпеса и проводить соответствующий комплекс лечебных мероприятий (противовирусная и противомикотическая терапия)

2. Комплексная терапия герпес-ассоциированного РВБК с имеет следующие преимущества: удлинение межрецидивного периода и стойкой ремиссии; сокращение продолжительности рецидивов и сроков лечения.

Литература:

1. Анкирская, А. С. Аэробные вагиниты в структуре оппортунистических инфекций влагалища. Дискуссионный вопрос нозологической терминологии / А. С. Анкирская, В. В. Муравьева, Т. Э. Карапетян // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 1. – С. 107–110.

2. Кудин, А. П. Роль Herpes simplex в патологии человека / А. П. Кудин, И. Г. Германенко, А. А. Астапов // Мед. новости. – 2004. – № 5. – С. 11-14.

3. Прилепская, В. Н. Вульвовагинальный кандидоз: новые критерии и международные рекомендации для врача-клинициста, основанные на принципах доказательной медицины / В. Н. Прилепская // Доктор.РУ. – 2011. – № 9. – С. 12–17.

4. Тютюнник, В. Л. Современные принципы профилактики и лечения вульвовагинального кандидоза / В. Л. Тютюнник, Т. Э. Карапетян, А. А. Балущкина // ПМЖ. – 2010. – Т. 18, № 19. - С. 1186–1190.

СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Косенкова Е.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Среди актуальных медицинских проблем особого внимания заслуживает проблема инвалидности с детства. Медико-социальная значимость проблемы врожденных пороков развития, как одной из причин детской инвалидности, очевидна. Это обусловлено тем, что ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн. детей с врожденными аномалиями. При этом, чем ниже смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекций, тем выше удельный вес врожденных пороков развития [1]. По

данным ВОЗ, 20% детской заболеваемости и инвалидности, а также 15-20% детской смертности вызваны пороками развития. Считается, что 10% из них обусловлены действием вредных факторов окружающей среды, 10% - хромосомными изменениями, а остальные 80% носят смешанный характер. Общая частота морфологических пороков развития у детей до первого года жизни составляет около 30 на 1000 населения, а удельный вес множественных пороков среди морфологических аномалий достигает 20%. Более того, в последние годы частота врожденных пороков в популяции увеличивается [2].

Учитывая выше изложенные данные, представляют интерес факторы риска и симптомокомплексы врожденных пороков развития (ВПР) головного мозга.

Целью данного исследования явилось изучение основных симптомокомплексов и факторов риска врожденных пороков развития головного мозга у детей.

Материал и методы. На первом этапе проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 50 новорожденных с врожденными пороками развития (ВПР) головного мозга, находившихся на лечении в неврологическом отделении Витебской детской областной клинической больницы (ВДОКБ) в 2014-2016 годах. На каждого ребенка составлялась индивидуальная карта по следующей схеме:

1 блок сведений: данные о медико-социальном статусе матери и семьи ребенка. Этот блок имел несколько разделов, отражавших состояние здоровья матери, влияние факторов внешней среды в ante- и интранатальном периодах, социальное окружение в раннем онтогенезе:

А. Социальный статус (возраст, образование, профессия и связанные с ней профессиональные вредности, семейное положение, жилищно-бытовые и материальные условия).

Б. Соматический статус (сведения о хронических соматических заболеваниях до беременности и острых - во время беременности, о приеме лекарственных средств, вредных привычках).

В. Гинекологический анамнез (сведения об острых и хронических гинекологических заболеваниях воспалительного и не воспалительного характера до и вовремя беременности).

Г. Акушерский анамнез (сведения о предыдущих беременностях, течение данной беременности: срок постановки на учет в женской консультации и регулярность наблюдения, наличие и сроки угроз выкидыша, гестозов, результаты исследований, проводимых во время беременности, основные сведения о течении родов: длительность, применение акушерских пособий, родостимуляции; состояние в послеродовом периоде).

Д. Наследственность (сведения о наследственной патологии среди ближайших родственников: врожденные пороки развития, умственная отсталость, психоневрологические и соматические наследственные заболевания).

2 блок сведений: ранний анамнез ребенка. Данные позволяли оценить течение периода новорожденности детей с ВПР головного мозга.

Этот блок также состоял из нескольких разделов:

А. Основные антропометрические данные ребенка при рождении.

Б. Оценка по шкале Апгар, основные неврологические синдромы, эффективность лечения, сопутствующая соматическая патология.

3 блок сведений: данные динамического исследования и инструментальные методы исследований.

Комплекс использованных лабораторно-инструментальных методов, наряду с анамнестическими данными и общеклиническими исследованиями позволял диагностировать и верифицировать морфофункциональный характер поражений головного мозга, а также проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями ЦНС и опорно - двигательного аппарата.

На 2 этапе изучен катамнез обследованных детей на основании анализа амбулаторных карт ф.112/у, консультаций невролога, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Статистический анализ результатов исследования был произведен и использованием аналитического пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Факторы риска (ФР), влияющие на нейроонтогенез и нервно-психическое развитие (НПР), принято разделять на ante-, intra- и постнатальные. Сравнительный анализ антенатальных ФР доношенных и недоношенных детей с ВПР головного мозга показал, что матери недоношенных детей относились к более старшей возрастной группе (средний возраст $26,9 \pm 0,8$ лет). В группе матерей доношенных детей средний возраст составил ($24,5 \pm 1,5$ лет). Отягощенный гинекологический анамнез чаще выявлялся у матерей, родивших преждевременно (у 85,6%), по сравнению с матерями доношенных детей (у 60,4%) ($p < 0,01$). Уровень здоровья матерей недоношенных детей был значительно ниже по сравнению с матерями доношенных. Среди женщин, родивших преждевременно, не имели патологии 23,9%, а в группе родивших в срок - 32,4% ($p < 0,01$).

Особенностью женщин, родивших преждевременно, по сравнению с матерями доношенных детей, была очень высокая ($p < 0,01$) отягощенность инфекциями урогенитальной сферы - 48,8% и 10,2%, соответственно.

Во время беременности у матерей недоношенных детей чаще (по сравнению с группой доношенных) встречались такие осложнения, как угрожающий выкидыш, кровотечения в первой и во второй половинах, а во время родов - длительный безводный период, кесарево сечение.

Таким образом, представленные данные доказывают, что антенатальные ФР, влияющие на здоровье матери, течение беременности и развитие плода, встречались чаще у женщин, родивших недоношенных детей. Полученные данные соответствуют данным литературы [3].

Об уровне адаптационного потенциала при рождении косвенно свидетельствовало существование у детей потребности в получении реанимационной помощи, объем которой зависел от оценки по шкале Апгар.

По мере увеличения степени незрелости увеличивалось число детей, родившихся в тяжелом состоянии. Так, среди новорожденных с ГС менее 32 недель 65,7% родились в тяжелом состоянии (менее 4 баллов по шкале Апгар), а среди детей с ГС 32-35 недель – 4,5% ($p < 0,01$).

О степени дезадаптационных нарушений свидетельствовали частота встречаемости каждого из четырех основных групп синдромов в адаптационном периоде (симптомокомплекса, характерного для перинатального поражения головного мозга (ППГМ), желтушного синдрома, синдрома дыхательных расстройств (СДР) и их сочетаемость между собой).

Приведенные выше данные показывают, что на основании только клинических данных невозможно провести дифференциальную диагностику не только между формами ППГМ у детей с ВПР головного мозга, но и составить правильное представление о ведущем механизме дезадаптивных расстройств в периоде новорожденности, поскольку комбинации соматических и неврологических нарушений часто имеют индивидуальные особенности [3,4].

Литература:

1. Кириллова, Е. А. Мониторинг врожденных пороков развития у новорожденных / Е. А. Кириллова, О. К. Никифорова, Н. А. Жученко // Рос. вестн. перинатол. и педиат. – 2000. – № 1. – С. 18–21.
2. Зелинская, Д. И. Медико-организационные проблемы детской инвалидности / Д. И. Зелинская // Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 87–90.
3. Барашнев, Ю. И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей / Ю. И. Барашнев, В. А. Бахарев, П. В. Новиков. – Триада-Х, 2004. – 560 с.
4. Антонов, А. Г. Организация хирургической коррекции пороков развития новорожденных / А. Г. Антонов, Ю. И. Кучеров // Мать и дитя : материалы Рос. форума. – М., 2004. – С. 546.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВТОРИЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Васильева М.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Внутрижелудочковое кровоизлияние является основным неврологическим осложнением недоношенности [1]. Грубое нарушение гематоликворного и гематозэнцефалических барьеров в сочетании с нарушением венозного оттока из перивентрикулярных областей